

## <論説>医療危機と医療保険の抜本改革(上)

著者	吉田 秀夫
雑誌名	社会労働研究
巻	16
号	3-4
ページ	35-57
発行年	1970-03-15
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10114/00017879">http://hdl.handle.net/10114/00017879</a>

# 医療危機と医療保険の抜本改革（上）

吉 田 秀 夫

## 目 次

はじめに――安保体制下の社会保障の後退

### 第一、医療危機の種々相

一、国民の健康破壊の現状

二、医療合理化政策の推移と特徴

三、看護婦不足と夜勤制限の闘争

四、医師の偏在と公衆衛生の危機（以上、本号）

### 第二、医療保険の財政危機と諸問題

一、国民総医療費の増大と医療保険

二、医療保険の赤字対策の推移

### 第三、医療保険の根本改革の諸動向

一、厚生省事務局の根本改革試案

二、関係団体の改革意見

三、自民党の「国民医療対策大綱」と厚生省の改革要綱

むすび

医療危機と医療保険の抜本改革（上）

## はじめに―安保体制下の社会保障の後退

労働者や国民大衆の生活が、それぞれの国の政治、経済、社会政策によって大きく影響されることはいうまでもないことである。わが国の政治、経済は、長期のアメリカ連合軍の直接支配より、サンフランシスコ講和条約（五一年九月調印、五二年四月発効）と日米安保条約（旧条約）での体制のもとでのM S A―日米相互防衛援助協定（五四年三月）より、いわゆる六〇年の新安保条約、そして七〇年安保、沖繩問題など、戦後二〇余年の動向を省みるまでもなく、アメリカ連合軍直接的占領政策から日米軍事同盟をテコにして行なわれ、成長してきた。ここで安保体制下ということとは六〇年新安保以降をさす。この安保体制下における社会保障政策とその動向を、この小論のはじめに要約してふれてみたい。この小論の狙いである「医療の危機と医療保険改革」は、社会保障全般の後退政策のなかの重要な分野を構成するからである。

もともと、狭義にみても労働者や国民大衆の健康にして文化的な生活を営む要件としてあげられるのは、まともな賃金（所得）と労働条件、住宅と生活環境の整備などがある。ところが安保体制のもとでたしかにわが国の経済は世界で第三位―アメリカ、ソ連について―の国民総生産をあげ、安保繁栄論、いざなぎ景気が謳歌されている。その反面、労働者、国民大衆は高物価、重税で実質賃金と所得は切下げられ、さまざまな合理化政策により、労働密度の強化、長時間労働、労働災害、職業病の増大に加えて大都市、中都市の深刻な通勤地獄、悲惨な交通事故による死傷の激化、狭あいな住宅と産業公害が放任されたまま、ますます重大な社会問題化しつつある。こうしたわが国の実態はいやおうなしにもろもろの社会的事故を誘発し増大せしめている。もともと健康にして文化的諸要件があるていどみたしえ

たとしても、日々の生活、生涯を通じて、病気やけが、不具にならないという保障はないし、資本主義社会において、失業の脅威は必至、死亡はもちろん、最近では妊娠、出産、育児までが生活上の重荷、災厄とさえうけとられるようになっていくし、まして年をとらないというわけにはいかない。このようなもろもろの社会的事故、災厄に対応するのが、社会保障制度の役割であり、任務であるといえよう。

社会保障制度は、わが国のばあい一般に社会保険、生活保護、社会福祉、公衆衛生の四つの制度の総称である。このなかで社会保険制度が中核であることはいうまでもない。これらの制度は、国民の生命と健康を守り、生活をゆたかにするために寄与するものでなければならない。したがって社会保障制度の良しあしは、その国の社会的文化的水準を測定するバロメーターであるといわれるゆえんはこうしたところにもある。

医療、年金、労災、失業、家族（児童）手当の五つの制度を対象とする社会保障の国際的水準からみると、日本はきわめて低い。国連、ILOの調査によると、国民総生産対社会保障給付費では、一九六三年で日本はわずかに五・二%なのに、西洋諸国一〇ヶ国はその二倍ないし三倍の高さである。こうしたわが国の社会保障制度の国際的低水準はいまや周知の事実にもかかわらず、六〇年代安保体制のもとに、逆につぎつぎと後退改悪の政策が企図され、強行されてきたのである。その推移を要約して列挙してみよう。

1、六〇年新安保を前後して実施されたのは、多分に選挙対策という狙いをもった皆保険―市町村に国民健康保険の強制設立という時限立法（五九年一月より六一年四月まで皆保険ほぼ達成）であった。さらに時を同じうして国民年金法が、まず福祉年金からそして拠出制年金と実施された。この国民年金創設を契機にして公務員の特権ともいべき文官恩給は廃止されて共済組合に移行し、内容と条件とも大きく後退した（国家公務員は五九年一〇月より、地

方公務員は六二年一月より廃止・移行した。この拠出制国民年金は安保体制下の高度経済成長政策推進のための財源ねん出のためにつくられたことは明らかであり、おどろくべき劣悪な内容で出発した。この皆保険と国民年金は六〇年安保に直接つながる政府の二大社会保障政策であった。さて、一九六四年以降、公然たるそして先制的な労働者階級にたいする社会保障後退政策がはじまる。

2、一九六四年八月、出稼ぎ労働者にたいする抑圧を狙う失業保険の改悪がうちだされ、法案はいくたびか修正され、いくたびか国会で流産の憂目をみながら、六九年一月はじめの衆院解散、総選挙の浮き足だった国会で一回の審議もしないで六年ぶりで成立した。当初より内容が緩和されたとはいえ、出稼ぎ労働者とこれを雇う事業主にたいして保険料負担は一そう強められた。

3、一九六五年五月、民間労働者の労働者災害補償保険の改悪がなされた。すなわち、労働災害による死亡一時金（二、〇〇〇日分）が原則として年金にきりかえられた。それいらい、労働省の労災保険積立金は増強された。まとまった一時金よりも小出しの年金支給の方が安上りであることを立証した。

4、ついで民間労働者のもつ厚生年金保険が三年ごしの中央における労資代表の紛争（社会保険審議会）のすえ、六五年五月に改悪された。狙いは二つある。一つは、保険料率、標準報酬とも大幅に引上げたことにより（保険料率は一般男子千分の六五・五五、女子三九・三〇）、標準報酬は最高六万円（三万六千円）（カッコ内は旧）年間保険料は倍増した。六四年度二、〇九一億円が、六五年三、四一八億円、六九年見込が五、四二七億円で、その累積積立金総額は六九年度まで二兆八、七九二億円の巨額にのぼる。いうまでもなく、厚生年金は国民年金と同様に全額大蔵省資金運用部に預託され、財政投融資の資金源の大宗である。六九年度で財政投融資は三兆七七〇億円、うち大蔵省資

金運用部預托金のうち厚生年金より五、九六四億円、国民年金より一、一三七億円支出されるのである。財政投融资は六つの特別会計、二つの公社、一〇の公庫、三〇の公団、二つの地方公共団体債、六つの特殊会社に低利長期の融資を内容とする。圧倒的な部分は、土木建築であり、これが公共投資の大半をしめる。こうした国民的資金ぐり政策にこの年の改正は成功したのである。

もう一つは、六〇年安保の年よりの懸案であった調整年金創設に成功したということである。六〇年秋、日経連、金融資本の代表が訪米し、アメリカ方式の企業ごとの適格性退職年金を導入、発足したのが六二年四月からである。これを地ならしとして本格的な調整年金化が法制化し、六六年一月から発足した。適格性退職年金も、調整年金もいずれも個別資本ごとの企業年金である。前者は二〇人以上の小企業からみとめられ、国税局所管で認可されると税金が減免される。後者は一、〇〇〇人以上の大企業の企業年金で、厚生年金のうち定額部分の保険料はそのまま政府に納め権利を確保するが、標準報酬に比例する部分はそっくり企業の年金に移行する。それが一定要件をもてば、厚生年金を代行するものとして法的保護を加え、国庫負担も行うというのである。いずれも、生命保険か、信託銀行のいずれかと契約し、業務をこの金融機関にまかせる。六九年一二月で適格性退職年金は約四万件、調整年金は五六七件に達した。この二つとも、資本の狙いは、長期勤続退職時の退職金制度を圧縮、全廃して企業の近代的体質改善に資するものである。いわゆる資本による合理化政策の典型の一つといえよう。国際的に社会保障としての国家年金と、個別資本ごとの企業年金を調整するということは稀有に属する。イギリスは六〇年に調整年金を創設したが失敗し、いま転機にある。わが国がこの危険を犯してまでこの調整年金にふみきったのは、新たな資本の蓄積に他ならない。

以上のように社会保障制度中の中核的制度ともいえる労働者階級のもつ社会保険、そのなかでも失業保険、労災保険、厚生年金保険の三部門にたいして先制的な後退改悪の政策を強行してきた。このころは、医療保険制度のみである。これも例外ではない。周知のように政府管掌健康保険のぼう大な赤字累積を背景にして一九六四年秋以降、はげしい社会的政治問題になってきた。そして七〇年代安保といわれる状況のなかで、医療保険の根本改革をめぐって鋭い政治問題化するに至る。本小論はこれを焦点にしている。いろいろな角度から分析検討するのが目的である。

## 第一 医療危機の種々相

医療危機といっても、ここでは三つの観点からとりあげてみたいと思う。その一つは、安保体制のもとにおける労働者、国民大衆の疾病の状態、健康破壊の実状はどうかということ、さらにひとたび疾病に見舞われたときに実際にうける、うけられる医療の現状はどうかということである。二は医療を供給する側にたつ医療機関、医師、歯科医師、看護婦その他の医療関係者の現状はどうかということである。このことはここ数年来マスコミでもさまざまな形で報道してきた医療や看護サービスのおどろくべき低下の現状を要約したい。三は、労働者や家族、農民市民大衆と医療関係者、医療機関をむすびつけるわが国の医療保険制度の現状の問題点である。この三の医療保険の近年における財政破綻が、後段の医療保険の根本改革の直接の背景をなすものである。

## 一、国民の健康破壊の現状

価値の源泉は労働である。労働するためにはまずなによりも健康でなければならない。この健康を害し、これを破壊する要因は無数にある。低賃金、低所得、労働日の長さ、労働の密度、交通・通勤事情、住宅・公害の有無など多くの社会的要因がある。とくに最近にいたりあきらかにされた社会問題に、一連の食品公害がある。かねてより、セロファン入りの保存食、さまざまな着色食品の害は指摘されてきたが、六九年秋のチクロ旋風や日本酒の防腐剤、二月に入り牛乳のBHC害などは、国民に恐怖に近いショックをあたえた。この食品公害のほとんどはアメリカの使用禁止措置がきっかけで、わが国の政府による公衆衛生の権威など皆無ではないかといわれるほどの貧困ぶりを暴露していまなおとどまるところを知らない。これまで若干の民間や公的な研究や警鐘の芽さえ政府はこれをおさえてきたことがあきらかにされている。こうしたことが、国民の生命や健康に影響をあたえないわけにはいかない。筆者がここ数年来全国各地で見聞したことだけでもつぎのようなことがいえるのである。

それは二〇歳前後、二〇歳台、三〇歳まへの若年労働者のあいだに老人病と思われる疾病——高低血圧、肝臓、腎臓その他の内臓疾患、神経障害、腰痛症が、ここ一〇年余のあいだに増大していることである。

古くより社会的疾患の典型として結核、精神病があげられてきた。その結核は斜陽化といわれるほど近年減少してきたといわれるが、それでも一九六八年七月の結核実態調査で全国に要医療の患者一五三万人、要観察者一〇九万人計二六二万人と推計された。そしてその死亡率も、六六年で世界最低といわれるオランダの約一三・五倍、アメリカの約五・二倍という高率で一〇数年の遅れがあるといわれる。結核患者の多い年令層は中高年層に集中し、六〇歳を



こえると二五人に一人は結核の治療が必要である。そして西日本に多く七大都市にもっとも多い。さらに低所得者層や中小零細企業に多い。すなわち高度経済成長のひずみが低所得、貧困と結核の悪循環をもたらし、停滞深化せしめているといつてよい。

一方、近年若年層より高年令層のあらゆる年令層に、ノイローゼ、精神分裂、精神障害を増大せしめてきた。政府は精神障害者の実態を調査しようとしていない。もっとも新しいものは六三年の全国実態調査である。これによると精神障害者数は一二四万人に推計され、地域別では農村に、所得別には低所得階層に多く、このうち入院治療を要するもの二八万人、施設収容を要するもの七万人である。このころよりさらに増大していることは容易に推測される。これにたいし、たしかに精神病床は、一九五六年の五万床から六八年の二三万五、〇〇〇床と飛躍的に増えた。この増床分の大部分は、個人病院の新設であり、その保有する精神病床である。すなわち一九五六年に三二二病院が、六七年には八一八病院（うち個人病院は六九八で保有病床は、一四万九九一三床）になった。ともかく圧倒的多数の精神障害者が放任、野放しにされている。

へ激増する労働災害と職業病へ資本のはげしい搾取と合理化によって、労働災害や職業病が激増するのは当然のことである。三池炭鉱の大爆発（六三年一月）くらい、わが国の労働者のあいだに、労働災害防止のとりくみや運動が高まり、政府および資本は、それなりに労働災害防止の対応策が講ぜられているようにみえるが、依然として著減の傾向は全くみられず、逆に増大している。とくに典型的な炭鉱災害の推移をみると、一九五五年（昭三〇）に炭鉱数八〇七山、労働者数二八万人といわれ、このときの災害率指数を一〇〇とすれば、一一年目の一九六五年には、二三〇の山、労働者数は一一人と激減した。ところが一人あたりの出炭量は月一二・九トン（五五年度）から四〇トン

にふえ、災害率指数は一六八にも上昇しているということである。六六年度には月平均二八人死亡し、三五五人が負傷している。政府の労災保険の統計にあらわれる数字は、年間の労働災害のすべてではない。労災保険に加入する民間の災害率の高い企業に原則的に限定されているからである。それでも労災保険の統計は、六七年度で毎日一六人死亡し、一〇六〇人が負傷しているのである。

また、職業病についても、一〇数年まえには考えられなかった全治の困難な職業病が登場してきた。キー・パンチャーに代表されるけんしょう炎、タクシー運転手のムチウチ症―これは交通事故激増のもとで一般国民にもひろがっていることはいうまでもない―、林業労働者の白ろう病、全産業にわたる腰痛症、複雑化した労働と極端なオートメーシヨンのもとでの自律神経失調症などがある。筆者は六五年秋、三池炭鉱を訪れたときに軽度のよろけ病にかかっている労働者多数にあった。三池にはよろけ病、硅肺病労働者が六〇〇人をこえ、毎月増大しているときいて驚いた。大爆発による悲惨な多数の死者とCO中毒患者対策に追われて、よろけ病対策まではとても手が廻らないと第一組合の幹部は嘆いていた。重症よろけ病硅肺病患者は、廃人同様で不治である。その他あらゆる産業にかくされている職業病は、おびただしい数にのぼる。こうした一連の職業病は、長期の労働者のたたかいによってようやく職業病として限られた条件のもとで認定された白ろう病、キイ・パンチャー病、腰痛症などがあるが、他の職業病についてはその認定までに大きな壁が横たわっていることはいうまでもない。

さらに、いま保有米の膨大な蓄積から、米作の減反、転換をせまられて農民のあいだに新しい職業病がふえつつある。その一つは農薬中毒である。六六年で六〇〇億円をこえる農薬のうち、人体に有害な有機燐剤、有機塩素剤、有機水銀剤などが六八・一%をしめ、この農薬を使用する農民の四〇・三%は農薬中毒におかされている（農村医学会

報告）。ビニール・ハウスの普及により、年間を通してトマト、キュウリ、ピーマンその他の果物、花などの栽培が増大している。肥料と農薬と水分のむれたハウスのなかでの労働により、いわゆるハウス病なるものが多くなっている。そのほか、農業機械化の普及により、未熟練な機械化農業が主婦にのしかかり、流産、死産、農業労働災害が全国各地にふえている。農民は農業労災保険の適用をがちとっているが、保険料が高いために加入しているのは、わずかな農民だけである。

厚生省の国民健康調査（毎年一〇月、全国約一万世帯の調査員によるききとり調査）によると、有病率は、一〇〇人あたり一九五五年（昭三〇）に三・八人だったのが、六四年には六・一人と一・六倍にふえ、罹患率（一年間に病気になる回数）は一人あたり五五年には一・八回だったが、六四年には二・七回と一・五倍にふえている。したがって、一人あたり年間の病気日数は、五五年に二〇・九日だったのが、六四年には三三・八日と一・六倍にもふえてきた。なお六四年一〇月の一ヶ月間に病気にかかった者がいた世帯は、全国で一、三三二万世帯、これは全世帯数の五一・七％にあたる。つまり二世帯に一世帯以上が病人を出したわけである。この一ヶ月間の病人は二、三八七万人で全人口の二四・六％、すなわち四人に一人が病気にかかった。なお国民健康調査による病気とは、(1)何らかの治療処置をしたばあい、(2)治療はしないが床にいたり一日以上仕事を休んだばあいになっているので、半日休んだり床につかずがまんして働いたばあいは病気として扱っていない。

こうした推移のもとでどんな病気の患者がふえているのか。その主なものは、五五年と六五年を比べると、ガンが約二倍、血液疾患が三倍、精神病が三倍以上、神経系の患者は二・六倍、心臓病など四倍、呼吸器が二・五倍、消化器二倍、骨や関節炎が四倍、奇形四倍、未熟児患者が九倍、事故が二倍以上になっている。

もう一つ無視できない重大なことは、病氣だと分つて、その治療をした内容のうち、医者にかかったのが四八・八%、齒医者は六・八%、買薬ですませたのが三九・九%もいるということである（六四年度）。現在わが国は皆保険の国である。国民の九七%はなんらかの医療保険をもっている。保険証があるにもかかわらず、医療機関を利用しないで買薬でがまんするというのはどういふわけであろうか、無医地域のばあいには医師の利用が大きく制約されることは当然のことであり、そのうえ合理化、残業の連続、主婦の内職、一部負担等の払えない貧困などが重なりあっているからである。

病人のうち四割は、買薬だというのに一〇年間に医療機関にかかる患者は二倍にふえている。厚生省の患者調査によると、全国の医療機関にかかる患者数は、一日あたり一九五五年で二九五万人だったが、六五年には五八一万人に二倍にふえたということである。

以上のような状態が、五六年、五八年、五九年、六〇年と医療保険の医療費を激増せしめ保険財政に赤字を生じ、六四年以降のはげしい社会的政治問題化した健保赤字対策、健保特例法の強行、そして医療保険の根本改革の背景をなしたものである。したがってここに引用した政府統計も、五五年より六四年、六五年までにしぼった。

## 二、医療合理化政策の推移と特徴

わが国の医療制度、医療保険制度が、戦後の占領政策時代もふくめて一貫して、もろもろの不合理矛盾を内包し、ときに表面化して鋭い社会問題化してきたことは周知の事実である。そのなかで社会保険医療費を焦点とする保険者、支払い団体と、医師会、医療担当者側との対立紛争は、宿命的ともいふべき様相を呈してきた。このことについては

後述することにして、医療保険と不可分の関係にありその基盤ともいうべき医療制度―医療施設、医師、看護婦などの医療従事者問題は、現在改善打開のきめ手のないまま危機的様相を深めている。とくに六八年、六九年と中央および地方の新聞、テレビは一斉に、“病める医療”、“看護婦不足による病棟の閉鎖”、“無医地域の増大”、“減らない医療事故”、“白夜の天使立ちあがる”、“夜勤制限、ニッパチ闘争”など数えきれない報道がなされてきた。たしかに全国いたるところで医療の実態、医療機関の実情をそのまま報道することによって歪んだわが国の医療制度の断面をそのままセンサーショナルに世論に訴える迫力をもっていたといっても過言でない。

およそ、その国の医療制度の発達消長は、その国の資本主義の生いたち、民主主義の生成発展に大きく関連し、制約される。西欧諸国の医療制度は、その病院のはじまりが、教会、僧院であるように、医療の公共性を堅持し、産業革命により資本主義社会になっても原則的にこの立場は守られてきたといつてよい。医療を営利化する考え方は否定されてきた。これは当然のことである。ところがわが国のそれは明治維新いらい医制の發布（明治七年）により自由開業医を支柱にして発達してきた。国民の医療にたいし、国ないし地方公共団体が物心両面から責任をもつということとはなかった。医療の公共性を具体化しようという政治は皆無に近かった。戦後アメリカ連合軍によって万般の制度とともに、医療制度も改革されたが（一九四八年）これはあくまで形式的なもので、内容を充実するための諸施策は全く放任され、逆に医療の公共性とは逆な一連の後退的な合理化政策が強行されてきたといつても過言ではない。その典型は、一九四九年以降の国立病院からはじまり六八年四月の国立療養所にたいする特別会計制強行の一連の動向、さらに一九五四年以降の公立病院にたいする地方公益企業法適用などにみられる。特別会計制および地方公益企業法の本質は独立採算制営利化への道である。このことはさまざまな医療合理化政策―赤字の施設の統廃合整理、病院本

来の業務の下請け化（下足番、清掃、洗濯から給食にいたる）、少ない労働力で多数の患者を扱うという方向である。こうした政策は、公的病院、私立病院にも波及した。

以上のような医療の公共性堅持とは全く逆な医療合理化政策を強めながら、一方では公私医療機関の経営に至大の影響力をあたえる医療保険の診療報酬Ⅱ医療費にたいしては、戦後一貫してこれを低医療費におさえてきた。周知のようにわが国は皆保険の国である。国民のほとんどすべては医療保険に加入している。したがって医療機関を利用する患者の大部分は保険患者である。この保険の診療報酬は、厚生大臣の決めた公定料金であり、甲乙二表にわかれ、単価点数で表示される。この単価、点数とも、諸物価、医療器具材料、人件費がいかにか高騰しようとも、多くの先進諸国のようにスライド制が保障されているわけではなく、社会的政治的紛争がなければ引上げられることはない。近年は一九六一年、六三年、六七年、七〇年であり、三年ないし四年目である。この低診療報酬政策が公私医療機関の医業を圧迫してきた。この医業の危機が医療および看護サービスの低下に決定的な要因となった。とくに官公立、公的私立病院に表面化した。

わが国の医療施設と医療従事者の推移と現状をみてみよう。病院（二〇ベット以上の医療施設をいう）は一九六〇年（昭三五）に六、〇九四だったものが、六八年末で七、七〇三、毎年二〇〇余づつふえてきた。一般診療所（零床から一九床以下の施設）は六〇年五九、〇〇八が六七年末で六六、八六九で（歯科診療所は二七、〇二〇より二九、一五三）毎年九六〇余ふえている。わが国の病院のなかで、個人病院とそれに近い医療法人の私的病院と合わして、六三・三%をしめ、前述のように精神病院八五三のうち、個人や医療法人立の私的病院が八五・七%もしめているという事実をどのように理解したらよいであろうか。つまり国や地方公共団体が国民の医療にたいしてその責任を放棄

していることを立証している。とくに社会的疾患とされる精神病が個人病院によって運営されていることはその好例であり、一面精神病院はもうかるということであろう。

こうした医療施設に従事する医師、看護婦の推移はどうか。就業医師総数は六〇年に一〇三、一三一人（うち医療施設従事者は九六、〇三八人）、六七年まで一一一、六五七人（医療施設従事者一〇四、九九〇人）である。年平均一、一〇〇人の増加である。とすると毎年病院が二〇〇ふえ、診療所が九六〇余ふえているのに、一体ここに働く医師をどのようにして確保したかということが問題である。国公立病院を中心に圧倒的な勤務医師不足が全国各地で社会問題になっている事実はこうしたことの一つの側面があるといえよう。国立療養所に入院している結核患者が、入院していらい何日も医師の回診がないとか、せめて週に一回医師の回診がほしいといった考えられない惨めな状態のもつで、患者組織が医師がほしいと署名運動を六八年いらい展開している事実は、医療機関のなかに無医地域が厳存していることを示し、無惨な皮肉といえよう。こうしたことを反映して、国公立病院長の大半の仕事は、院内業務ではなく、医師不足対策、足を棒にして、全国各地の医科大学と大学病院めぐりとさえいわれている。なぜ、国立、公立医療機関に若い医師もふくめて勤務したがないのであろう。公務員賃金の低さ、とくに地方病院の人員不足による多忙と医学医術への勉強へのギャップ、そしてなによりも開業医にたいする魅力である。無医地域が、皆保険のもとで逆に増大していることも（六〇年六月に一、三五二ヶ所あったものが六六年には二倍の二、九二〇ヶ所にふえた）医師偏在の深まりを示す。人口過疎化の地方自治体がどのような経済的好条件をだしても一向に打開策が見出しえないのは、医学医術の勉強ができないこと、各科にわたるすべての病気をみ、昼夜の別なく繁忙なこと、へき地の環境が、家族、子弟の教育に大きく影響して永住せしめないことなどによるためである。

### 三、看護婦不足と夜勤制限闘争

わが国はいま深刻な看護婦不足のさなかにある。一九六八年三月いらい新潟県立病院の職員組合が、自主的な看護婦勤務の組合ダイヤをくんで実力で複数夜勤を実施し、患者、県住民、与論の支持を立て県当局をおいこみ、三年間で「複数夜勤、月八日」いわゆる二・八闘争による協定をかちとったことが全国の看護婦につたえられた。これに激励・刺激されて、八月に山形市立病院済生館、九月富山県立病院、一〇月に岩手県内の各病院の統一闘争など、このたたかいは全国各地の地方自治体の公立病院や国立私立の大学病院などにひきつがれ、いまなおつづけられている。こうした看護婦を中心とした医療労働者のたたかいが、圧倒的な看護婦不足を明るみにし、看護婦の大量増員の緊急性を社会的政治問題にした。自民党の政調会社会部会は六九年一月、「看護婦確保基本大綱」をきめ、七〇年度から五ヶ年計画で現在約二四万人の看護婦（准看護をふくむ）を四八万六、〇〇〇人に倍増する。そのため現在の中学卒二年間の准看護婦養成所のほかに、七一年四月から高校卒一年間の新規養成制度を別につくり、ベット数一〇〇以上の病院（精神、結核病床を除く）は一病棟について夜勤数を二人以上、夜勤回数月八日以内という人事院判定の勤務体制を完全実施する、給与の改善もはかるなどを内容としたものである。このことは七〇年の国家予算案のなかにももられている。これは前記の看護婦の二・八闘争によって大量増員を協定の形でとりきめた道府県知事、市町長およびその他国立、公的病院の経営者の追いつめられた事態にこたえざるをえなかった対応策といえよう。事実協定した自治体その他の経営者は、増員、充足に悩んでいることは否定できない。こうした自民党の計画は従来、厚生省が「三万人不足」といっていたことよりも大幅に上廻るものといえよう。



さて看護婦数は六八年末現在で二三万九、〇三七人となっている。就業先別にみると病院一九万余で七九・六％、診療所で四万二、〇〇〇人余一七・六％その他であり、看護婦は一二万五、三八一人（四八・三％）、准看護婦は一二万四五四人（五〇・四％）である。たしかに一九五五年末の一二万九、八六〇人よりも増大した。それも六五年の二六万五、二三〇人をピークにして六六、六七年と漸減し二万四、〇〇〇人余減っている。ということは低賃金と労働強化とくに夜勤労働のきびしさによりやめた者、結婚、出産によって離職した者が顕著になったものと考えられる。看護婦の資格をもつ者は五五年ころは約三〇万人くらいだったが、この一〇数年のあいだに二倍弱の五五万ほどになり（正確には把握されていない）そのうち現在働いている者は約二三万人ということである。このことは看護婦そのものが不足しているのではなく「働く看護婦」が不足しているということである。

安保体制のもとで国と地方自治体のとってきた看護対策は、即製で安上りの看護婦をつくることであり、その養成も社会保険の医療費の枠のなかで、具体的には上は大学病院より、公的私的病院をへて開業医向けの医師会にいたるまで准看護婦養成が主力だったということである。看護婦の養成コースはいずれも特殊学校扱いのものが圧倒的で、二つのコースに分れる。一つは高校卒三年の看護婦養成所が多く、二つは中学卒二年の養成所（夜間課程は三年）で准看護婦になるコースである。准看護婦を何年経験しても正式の看護婦にはなれない。現状でも二年ない三年の教育で准看護婦になるのに高校卒一年で即製の准看コースで大量に養成するという政府の計画は、当然看護婦の質の低下をもたらし、その経済的身分的待遇をいっそう複雑化するであろうことはあきらかである。そのうえ圧倒的な若年労働力の不足に加えて、女子の高校進学率の高まりを考えると、高校をでて研修の未熟な准看護婦になる志願者が高たして確保できるものか、看護医療関係者からきびしい批判がおきているのも当然のことといえよう。

### 看護婦の劣悪な労働条件と看護サービスの低下

いま、わが国の看護婦不足の根本的な原因は、低賃金と劣悪な労働条件にあることはいうまでもない。看護婦といっても一般診療所とくに開業医のもとで働く看護婦と病院で働く看護婦のあいだに大きなギャップがあることは当然である。前者は、看護婦不足のために徐々にその待遇が改善されてきているといっても前近化的な待遇が支配していることはいうまでもないし、労働時間、経済的処遇も低く劣悪である。一方病院は、他の産業や事業所にはない年中無休で診療、看護をしなければならないという特殊な労働環境で働らかなければならない。常時患者の容態の観察や急な変化にたいする処置、そして準夜勤、深夜勤、交替制をとまう。全医労(国立系)や東京その他の医療労組の実態調査によると、例外なしに、看護婦の健康破壊の実態を粗上している。病気になるっても人手不足のため薬をのみながら働く、年次休暇も生理休暇もとれない。看護婦の正常分べんは半分、流産二五%、早産八%、異常出産一七%――以上東京医療共闘会議六六年一〇月調査――で、半病人の看護婦が病人を看護しているといってもよく、患者との対話は皆無に近く、学校でならった看護技術は実行したくともやれないというのが病院看護婦の実状といえよう。国立病院看護業務執務提要(一九六五年)によると病棟勤務看護婦の業務としてくわしく定められている。患者の世話(七項目)、食事の世話(六項目)、与薬の世話、体温、脈搏、呼吸の測定、診断治療の介助、症状観察と報告、療養の指導、療養環境の整理、記録の作成などである、准看護婦は看護婦の指示をうけて働き、看護助手はまた看護婦、准看護婦の業務のうち間接の業務を行うものとなっている。しかしすでにのべたように一人や二人しかいない夜勤のばあいとはより、日勤でも三人ないし四人しかいない病棟で、正看と准看や助手の業務区分が明かにされ、そのとおり遂行されるはずがないし、前記の国立の業務執務提要の大半は守りたくても守れない。そのことはそのまま患者へ

の看護サービスのおどろくべき低下につながる。

政府は、占領中に医療法をつくり、その一九条の施行規則で入院患者四人について看護婦一人（外来三〇人について看護婦一人）としたが、それは戦後の荒廃のなかでやけ残った病床数をその当時就業している看護婦の数で割った割合で、それも三六五日、一日も休みをとらないという前提でつくった法律と規制である。ところがそれに輪をかけて健康保険では基準看護という仕くみがあり、これは正看四人准看四人、看護助手二人という看護チームをつくり、医療法にもない無資格者の助手をふくめての仕くみである。こうした劣悪な基準にも合致できない病院が全体の六割以上にも及ぶといわれている。

こうした人員不足、労働条件の劣悪さに加えて看護婦の賃金は著しく低いということである。看護婦の賃金水準を検討するばあいに看護婦と同程度の学歴、年令、職種その他産業技術者と比較するという方法がある。人事院は公務員の賃金を勧告するばあい、毎年職種別民間給与実態調査を行っており、これによっても他産業の同程度の技術者にくらべて総婦長、婦長、看護婦ともほぼ六〇七割の賃金しか支給されていない。准看護婦のばあいは若干接近しているが、それでも約八割にしか達していない（六八年四月現在、調査表は略す）。また、公務員のばあいは、いわゆる現業職員を対象とした行政職俸給表（二）関係の賃金が不当に低いとしていつも問題になっており、看護婦などの賃金はさらにそれより下廻って最下位にぞくする。ところが民間病院の看護婦は、それよりもさらに下廻っている。こうしたことが民間中小病院の看護婦がせめて公務員なみの賃金がほしいといわれているゆえンである。いずれにしてもわが国の看護婦政策は、看護婦を技術専門職としてとりあつかってはこなかった。そして白衣の天使なる言葉のもとに働く婦人としての基本的人権を無視し、前近代的な雇用関係を長いあいだおしつけてきたのである。それに加え

て重要な焦点としてさきの低医療費政策がこれに輪をかけてきた。

「複数夜勤、夜勤制限」の看護婦のたたかいは第一に看護婦の労働条件改善、生活と身体を守るたたかいであり、第二によい看護、なっとくのいく看護を要求して、医療合理化、人べらし政策に真向から対決し、医療看護をいまの危機から救うためのたたかいであり第三に看護婦という職業を、子どもが生まれても働ける専門職として確立し、婦人の社会的権利をきずくたたかいとして評価された。このために全国の国、公、私立病院の看護婦は他の医療労働者とともに、医療と看護サービスがいかにむしばまれ、危機にひんしているかを大小の事例を大担に公けにして患者、住民に訴えてきた。従来恥部として蔽いかくされていたものを告発してきたのである。

#### 四、医師の偏在と公衆衛生の危機

医療危機のもろもろの動向と現状のなかで、最後にわが国の医師のもつ諸問題と大学紛争のきっかけとなったわが国の医学教育問題についてふれないわけにはいかない。

わが国の医師数はさきにふれたように一九六七年まで一一万一、六五七人である。人口一〇万対の医師数は一一・四で国際的にいえば決して少ないわけではない。一九六四年度の国際比較でいえば、ソ連、イタリア、アメリカよりも低い、スエーデン、イギリスなみである。また一九六一年ごろより医師の養成を行なう大学医学部（全国で四六、うち国立二四、公立九、私立一三）の定員の増加をはかった結果、六九年には入学定員四、〇四〇人になり、六一年の二、八四〇人にくらべ、一、二〇〇人の増になっている。ところがこの医師の地域分布をみると全国平均では六七年まで前記のとおりだが十大都市では一五一・二人、その他の都市では一二二・二人、町村では六六・一人とあきら

かに都市集中になっており、ここに無医地域という社会問題を久しいあいだひきおこしてきた。（なお歯科医師については省略した。）さて医師の就業状況をみると、医療施設従事者が圧倒的で一〇万四、九九〇人（九四％）、うち診療所開設者—いわゆる開業医—が五万四、四七三人（四八・八％）、病院（大学病院を除く）の勤務者が二万八、二六四人（二五・三）であり、他は大学病院勤務者一万余人、診療所勤務者八、五三二人である。なお医学教育研究機関の勤務者が二、一〇八人、衛生行政、保健衛生従事者が二、〇二七人である。

以上のような医師の就業形態が、そのままが国の医療制度、公衆衛生のあり方を特徴づけている。すなわち、いかに診療所＝開業医師が多いかということ、それは逆に病院勤務医師が少ないことであり、さらに医学教育で基礎医学、公衆衛生を学ぶ医学生が僅少であることと、そのことを反映して現在全国に八三二ヶ所（六九年三月現在）ある保健所は医師の定員充足率は半分を割っており毎年減少しているという事実をみても、公衆衛生分野の軽視は蔽うべくもない。このことは毎年の厚生白書で「国民生活に結びついた公衆衛生活動の発展に憂慮すべき事態といえる」としていながらほとんど改善のしるしがない。こうした動向をふんで安保体制下における保健所行政に人口過疎地帯における保健所の廃止と統合や、対人保健サービスを市町村におろし（母子保健法）保健所の責任を転嫁したり、またここ数年来基幹保健所構想をもって管理行政機関にする方向などのもろもろの合理化政策が登場している。そのうえ受益者負担の原則で保健所自体が、多くの外部団体に依存し、結合しながら、収益性を強めてきた。

さて、近年における著しい特徴は、診療所の開設者開業医が多くなったことである。これにたいし、とくに国立や公立病院に勤務する医師が減少し、前述のように医療機関のなかに無医地域があるといった皮肉な現象を増大せしめていることである。公務員医師のみならず公的病院でさえも医師の充足になやんでいる。たとえば日赤病院では一九

六一年当時医師の充足率四〇%というひどい病院はゼロであったのに、六五年では約一割になり、充足率七割以下の病院が約半数ということである（日赤病院長連盟の医師の充足率等調査による）。

このような病院の医師不足をもたらしているものの第一は、やはり労働条件と環境の劣悪さにあり、人員不足にもなう過重労働にある。これは地方病院ほどひどい。さらに公務員医師の賃金の低さにある。これはさきの看護婦のばあいと同じように他の産業のそれと比較すると、たとえば医科長と会社の技術部長とでは三〇歳で約四万円のちがいがあるといわれる。こうしたことに加えて、医科大学当局の前近代的な医師の供給体制（教授が一存で就職先を決定する）や混乱している研修制度が医師不足にからみあい、そのうえ、低い診療報酬政策のもとで公私等病院の独立採算性・営利化がのしかかっている。

それならなぜ、勤務医師をやめて開業医になるのか。開業医の実態は公けにされていない。マスコミもふくめて開業医にたいする風当りは強い。「地方の小さな都市の高額所得者の一〇〇パーセントは医師であることが少なくない」（健保連の「病める医療」とか、課税対象になるのは開業収入の二八%にすぎないといった過度の優遇措置をしているとか、乱診乱療、差額徴収でもうけているとか、さまざまな批判がある。一部の開業医にたしかに批判に価する医師も存在するであろう。しかし医業専門にやっておれば、一人の開業医が取扱う来診患者には自ら限度があるし、現在の健康保険は無制限な診療を許容しているわけではなく、保険医担当規則とか、治療指針とか、薬価基準とかいろいろな制限診療があることも事実である。そのなかで多数の患者を扱えば収入が多くなるのは当然である。といって戦前からみれば、戦後の開業医は、経済的にそして社会的にその地位が低下していることも否定できないであろう。問題なのは医師の都市集中であり、勤務医師の不足である。病院診療所とも医療サービスの低下による患者国民への

はねかえりである。

このような頂点に「白い巨塔」といわれる医科大学の医局制度があった。この「白い巨塔」をゆすぶったのは、インター制廃止、登録医制反対の無給医局員ののろしであり、ついで医学生に波及し、医育制度改革の紛争に発展した。ここで詳述するまでもなく、封建的な医科大学の医局制度は、大学の構成員である学生や若い研究者の発言と要望に殻をかたくし、医学専門課程に多くの問題があるだけでなく、教授の専断による人事管理、学位論文、就職、配置換えなどの前近代的な支配体制などが鋭く批判されてきた。今日、国公立病院とも、その医局構成の大部分は、学閥、医科大学に従属して、人的に経済的に緊密な提携なしには、病院の運営ができないという事実は、この一つの断面であろう。つまり公私病院の生殺与奪の権限を大学医学部、大学病院医局がろう断してきたということである。九州の某県の県立精神病院では、大学の指示によって医局全員が引きあげられ、医師のいないままに数ヶ月を過したということがあった。また、前述の国公立の医療機関にたいする統合廃止をふくむ医療合理化政策は、しばしば県あるいは市町などの地方自治体と大学医局のなれあいによって巧妙に行なわれるという例も少くない。つまり、赤字経営の公立病院を医師充足難を理由に廃止するというやり方である。

さらに無視できないわが国医療制度の盲点の一つに、大学医学部ないし医科大学と大学病院（医局）と製薬メーカーの結びつきである。新薬の実験は、権威（？）のある大学病院を中心にした臨床実験が法認される近道であることはいうまでもない。こうしたことが四〇有余にわたるわが国の医学会と製薬メーカーの結びつきを強め、さらに中央から都道府県・郡市にいたる医師会、その他大小の医療関係者のもろもろの集会、カンパニアなどに、製薬メーカーと販売店、医療器具機械メーカーが結びつき、こうした企業をスポンサーにすることが一般的な強い慣行になっている

ことである。以上のことがわが国の医薬品の総生産額をアメリカについて世界第二位の水準におしあげ、皆保険の進展とともに国民総医療費の増大の大きな要因となってきた。「白い巨塔」を頂点とする製薬メーカーと医療団体の抱合はわが国の医療制度の盲点の一つである。いずれ国民総医療費や医療保険と医薬品については後章でふれることにする。ともかくわが国の医育制度は、現在重大な転機にたたさされている。この民主主義的改革への途は、けわしいであろうが、すでに点火されているし、いやでもゆさぶられていくであろう。

#### 参考文献

- 一、厚生白書―昭和四四年度版その他
- 一、厚生指標、特集「国民衛生の動向」四四年度版その他
- 一、吉田秀夫監修、日本医労協編「看護婦白書」―労働旬報社
- 一、奥山賢二著「日本の医療」―新日本出版社